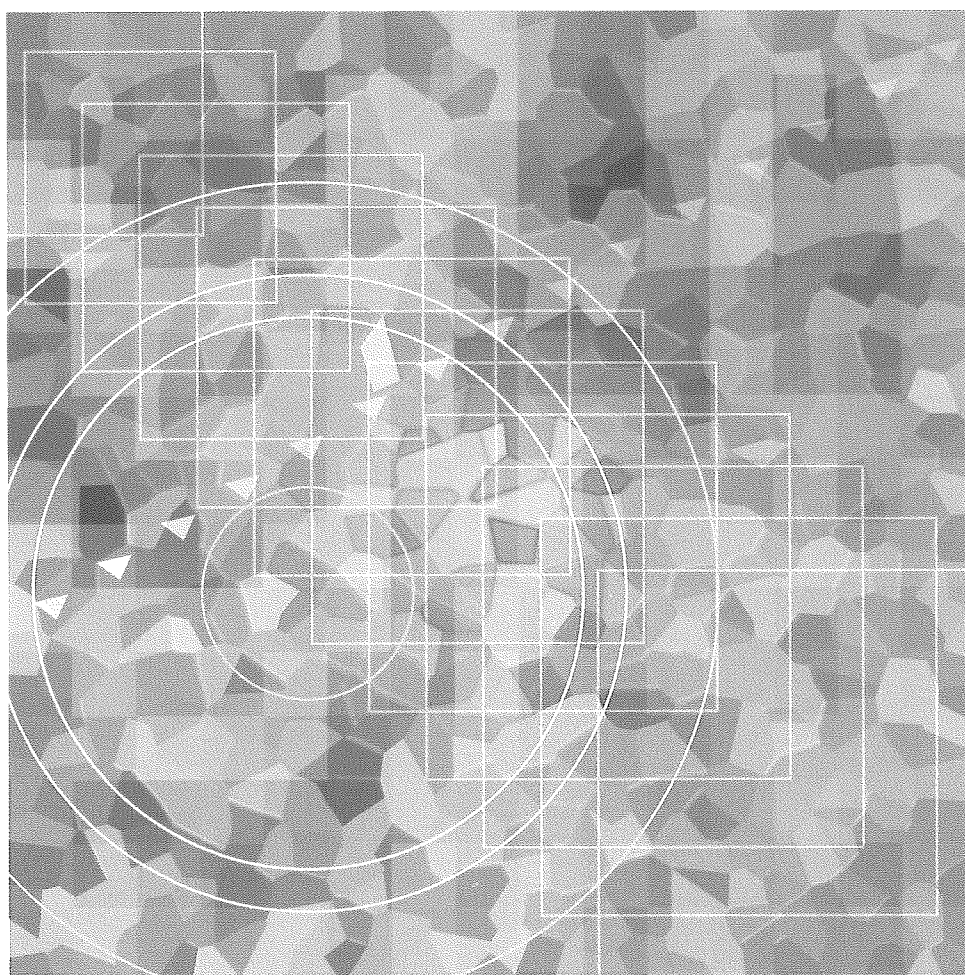


厚生労働科学研究費補助金 統計情報高度利用総合研究事業

我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の 向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 山本 修三



平成18(2006)年 3月

目 次

I. 総括研究報告

我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究

山本 修三 ----- 1

II. 分担研究報告

1. ICD等の疾病分類使用の実態調査と関連する問題：医師アンケート調査

川合 省三、大井 利夫、島津 邦男 ----- 5

2. ICD等の疾病分類使用の実態調査と関連する問題：診療情報管理士アンケート調査

三木幸一郎、大井 利夫、島津 邦男 ----- 21

(資料)

国際疾病分類(ICD-10)の諸問題に関するアンケート調査

調査票 (医師用、診療情報管理士用) ----- 29

アンケート集計結果 (医師・診療情報管理士) ----- 38

3. 国際疾病分類関連用語データベースの構築

西本 寛 ----- 45

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 51

I. 総括研究報告

我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに
国際比較の可能性向上に関する具体的研究

主任研究者：山本 修三

厚生労働科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）
総括研究報告書

我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに
国際比較の可能性向上に関する具体的研究
主任研究者 山本 修三 社団法人日本病院会 会長

研究要旨

わが国の統計における死因及び疾病構造の把握、精度向上並びに国際比較の可能性向上に向けて、基礎資料を得るため診療情報管理の現場を対象として、アンケート調査等を行い、現状を把握するための分析を行った。

分担研究者

大井 利夫 社団法人日本病院会 副会長
川合 省三 大阪府立急性期・総合医療センター 脳神経外科部長
島津 邦男 埼玉医科大学 神経内科教授
西本 寛 国立がんセンターがん予防・検診研究センター情報研究部
臨床情報研究室室長
三木幸一郎 北九州市立門司病院 内科部長

研究協力者

木村 満 東京都済生会中央病院 顧問
金 浩澤 埼玉医科大学 神経内科助教授
仲田 裕行 愛仁会高槻病院院長
松本 万夫 埼玉医科大学 循環器内科教授
丸田 敏雅 東京医科大学 精神医学教室講師
阿南 誠 国立病院機構九州医療センター 医療情報部診療情報管理室室長
須貝 和則 昭和大学病院 診療録管理室主任
鳥羽 克子 国際医療福祉大学 医療福祉学部教授

A. 研究目的

I C D - 10を用いた我が国の死因・傷病統計における臨床病名把握の精度を、国際的比較可能性向上の観点から、病名記入・病名コーディング・分類集計の各段階において、向上させること。

本研究は、医療機関における調査票の記入方法の改善等のミクロ的な成果に加え、人口動態統計、患者調査等における、死因・傷病構造等の基本統計の精度向上並びに国際比較可能性の向上という統計情報の高度利用の推進に資することを目的とした。

B. 研究方法

特定機能病院、DPC試行病院、臨床研修指定病院など310病院を対象とし、調査対象病院における退院例及び死亡例の診療記録に記載された病名と死因・疾病統計にかかわるICDコードとの整合性、問題点を把握するためアンケート調査を行い、この問題に関する医師の立場、診療情報管理士の立場から分析し、問題点を抽出した。

また、ICD関連用語データベースについては、英語版データベースと日本語版データベースの構築を分析し、今後のデータベース構築の問題点について検討した。

(倫理面への配慮)

本研究においては、個人が特定可能な情報は扱わない。また、報告書においては、ICDに関する著作権等の諸権利への配慮を行うとともに、個人が特定又は個人情報の流出が起こらないように十分に配慮を行った。

C. 研究結果

初年度、アンケート調査の分析等により、本研究の初期の目的である基礎資料の収集と現状分析について、十分な成果を得ることができた。アンケート調査結果、集計内容の分析結果、および国際疾病分類関連データベース構築等について、各分担研究者の研究報告を添付する。

D. 考察

ICD-10の構造的問題について、アンケートに回答した医師の約三分の二がICD-10の分類体系に、臨床的な立場から矛盾点や分類レベルの不整合を感じている。構造的問題として出て来た代表的なものは、部位毎の分類が不可能、術後合併症、処置後障害の明確な区分が困難であること、また、解剖学的な分類と全身疾患とが混在し臨床的な診断と乖離がみられるという点であった。日本語訳の問題がミスマッチを生む構造もあるなどの問題点も指摘された。

構造的な問題に関連して、標準病名マスターやDPCの問題をICDの問題と混同しているものが多数みられた。これは回答者のレベルの問題もあるが、ICDの本質に対する理解が足りているのかという疑問が生じた。これに対しては今後明らかにする必要がある。

ICD-10の実務使用上の問題点については、ICD分類と日常の臨床病名との乖離についての不満、ICD分類自体の不備について不満、特にアップデートされていない点、強力な検索エンジンの要望等の意見が多くみられた。

今回の調査では、かなりの施設でICDの運用に問題があると考えていることが把握できたが、これらの意見をアップデートに反映されるためには、日本国として意見を取りまとめて提出するシステムの構築が必要と思われる。また、デジタル化された索引への希望も極めて強いことが把握された。

医師に対するICD-10コーディングの教育については、医学教育にICDを取り入れることに賛成する意見は、医師の70%を超えており、診療情報管理士のほぼ100%が期待している。教育上の基本問題として、医学教育に用いる用語が統一されていないことや、ICDに関して傷病名を標準化する必要があることなどが指摘され、また、ICDの必要性や意義が社会的に確立し

ていないという意見もみられた。

国際疾病分類用語データベース構築に関しては、早急な日本語データベースの構築が重要であるが、ICDの原文を元にした英語データベース構築の段階で、診療情報管理士などを含めて、構造についての検討を再度行い、他言語への展開の可能性を考えてゆく必要がある。また、日本語読みを含めて、構築当初からかなりの入力負担が生じるため、分散しての作業が可能な環境も重要となろう。

E. 結論

以上のように、今回の調査において、我が国におけるICDの位置づけや現状、特に、医療現場の医師やコーディング管理を行う診療情報管理士の業務の実態と医師を含めICDに対する認識度を把握できたことは極めて重要な意味があり、有意義であった。今回の調査の総括としては、ほぼ我が国におけるICDの現状と課題が把握できたと思われる。引続き、提示された問題点の指摘や意見、要望に関する対策を検討し、新たな改善の提案を行っていきたい。そのため、国際疾病分類（ICD-10）に関連する用語のデータベース構築を構想し、作成作業を開始した。内容例示表データベース、索引表データベースを作成し、それらを用いて用語データベースを構築する予定である。また、実際の診療録に記載された病名・病態とICDとの整合性を退院例及び死亡例について調査し、課題への対策を検討することも予定している。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

Ⅱ．分担研究報告

1．ICD等の疾病分類使用の実態調査と関連する問題：

医師アンケート調査

分担研究者：川合 省三、大井 利夫、島津 邦男

厚生労働科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）
分担研究報告書

我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに
国際比較の可能性向上に関する具体的研究

分担研究者 川合 省三 大阪府立急性期・総合医療センター 脳神経外科部長
大井 利夫 社団法人日本病院会 副会長
島津 邦男 埼玉医科大学 神経内科教授

研究要旨

病院医師のアンケート調査から、我が国におけるICDの位置付けや現状、特に、ICDに関する医療現場の医師の業務実態と認識度を把握することが出来た。これにより得られたICDをめぐる現在の課題について、ICD-10の目的の一つでもある国際比較可能性の向上の観点から、臨床現場における実情に即した現実的な対応方策や、統計の中でのICDの役割を踏まえた改善策のための具体的な提言等を行うことを目的とした初年度研究を実施した。

研究協力者

木村 満 東京都済生会中央病院 顧問
金 浩澤 埼玉医科大学 神経内科助教授
仲田 裕行 愛仁会高槻病院院長
松本 万夫 埼玉医科大学 循環器内科教授
丸田 敏雅 東京医科大学 精神医学教室講師

A. 研究目的

「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」の初年度における分担研究の一環として、我が国における国際疾病分類（以下ICD-10）に関する諸問題と課題を、医師に対するアンケート調査から検討することである。ICD-10の活用に関する現場の医師の認識度および内在する問題とともに、個々の医療機関について、疾病統計とその精度向上を図るための課題を主たる調査の目的とする。

B. 研究方法

1) 調査対象施設：

調査対象施設は、310であり、その内訳は次のとおりである。

(1) 特定機能病院等：82

(2) DPC試行適用病院または単独型の臨床研修指定病院の中から、診療情報管理室があり診療情報管理士を有する病院：143

(3) 上記以外（1、2以外：以下同じ）であり「診療情報管理士指導者」を有する病院：6

- (4) 上記以外で日本病院会役員の在籍する病院：53
- (5) 上記以外で、日本診療録管理学会の評議員が在籍する病院：25
- (6) 上記以外で診療情報管理士通信教育委員会委員の在籍する病院：1

2) 調査対象者と回答方法：

上記1) に示す当該医療機関の担当医師、診療情報管理士または診療情報管理担当者に調査票(略)を郵送し、電子メールまたはFAXで回答を求めた。

3) 回答状況：

平成17年12月31日現在、回答施設数 198 (63.9%)

4) 調査項目：

調査項目は次に示すとおりである。

- (1) ICD-10の構造的問題について
- (2) ICD-10コーディング上の問題について
- (3) ICD-10の実務使用上の問題点について
- (4) ICD-10コーディングの教育上の問題点について
- (5) その他

これらの項目の下により具体的な質問(研究結果参照)を設けるとともに、各項目には、はい/いいえ等の選択肢の他に、具体的な意見記入欄を設けた。さらに、すべての意見を研究者が分担して、その内容を検討して評価した。

C. 研究結果

アンケートの調査内容、集計結果は別紙の通り。

I. 医師の意見(144施設、174名の回答より)

1. ICD-10の構造的問題について

1-1: 分類体系に矛盾点があるか

(1) 基礎疾患としての全身的分類と、臓器別分類との問題

1章(感染症)～5章(精神障害)までの全身的分類と、6章(神経系疾患)～14章(尿路性器系疾患)までの臓器別分類との問題が取り上げられたが、眼疾患単独についての意見はなかった。消化器系感染症の多く(消化管感染症や肝炎)はA, B(1章: 感染症及び寄生虫症)に含まれ、呼吸器感染症の多くはJ(10章: 呼吸器系の疾患)に含まれること、感染症に含まれるものと臓器別に分類されるものに分かれていることへの違和感の指摘が多い。病理組織別と臓器部位別との分類も同様の意見である。

具体的意見の代表例：

意見①もともと死因統計分類として構築されたものであり、全身性疾患分類(I～IV)と解剖学的系統別疾患分類(V～XIV)という全く異なる体系を同列で並べているために、特に感染症の場合には、本来臓器ごとの診断や治療手段、重症度や治療法に即した分類があるべきであるのに、感染症としてコーディングされ、別に臓器別のコードも振るとい

う矛盾が生じる。治療対象となる病名を的確に示せないことがある。感染症の中にも臓器別分類らしい領域も混在している。

意見②感染症、呼吸疾患の間で混在（混乱）している、等がみられる。

意見③A～Bに感染症がありますが、第10章の呼吸器にもJ. 10～18（インフルエンザおよび肺炎）の形で病原体別の分類があります。統一がとれていません。

意見④消化器系感染症はB項にあるが、呼吸器感染症の大半はJ項にあり、B項とJ項が共存することもあり、違和感がある。J項にあるインフルエンザは全身性を考えてウイルス感染症の所へ一括した方がよい。

意見⑤病因別分類と臓器別分類が多層化されずに、同一レベルで並べられているのでコーディングがしにくい理由のひとつです。

意見⑥分類の構造は現在よりもすぐれた体系を思いつきません。治療法や予後の異なるものは分けた方がよいと思う。肺癌では部位よりも組織型（小細胞癌と非小細胞癌）に分ける方がよい。肝の悪性新生物のように。なぜSARSにUコードを設けたのか（コロナウイルスと判ってるならJ12のなかでもよかったのでは。全身疾患というならインフルエンザもJ10-J11から第1章A～Bに移すべきではないか。全身感染症と臓器別の病気の境が曖昧。B型、C型肝炎はウイルス肝炎の進行した病態であるから、K74.6でなくB18.x†、K77.0*などとすべき。

意見⑦疾患名と部位、起因微生物の関係で、どちらを選ぶか迷うことがある。

意見⑧確かに、大分類が部位別の分類と組織別の部位とがある点もその通りです。他には死因に基づいた分類ということなので、現在の診療体系と合わない点が多い。特に、退院サマリーなどを考えると、ほとんど軽快して帰る方々が大半なので、そのあたりの分類は難しい。

意見⑨新生物に関して組織型が反映されない。部位もラフすぎる。

(2) 二重分類規則の問題

具体的意見の代表例：

意見①糖尿病合併症（特に網膜症）のようにコード重複のある分類はやはり避けるべきだと思う。例えばH360はE103～E143に統一すべき。例えばB005、H19.1も、どちらかに統一すべき。コード重複があまりにも多すぎる。

意見②ひとつの疾患が、二つの分類の両方に混在することがある。たとえばウイルス性髄膜炎は、その起因菌からみると感染症のA87.0のコード付けもできるし、神経疾患としてのG02.0のコード付けもできる。また、臓器別の分類構成となっているが、その下位コードには病原菌分類があったり、病理組織分類（例：N**.*）があったりで、必ずしも系統だっていない。

(3) 分類が時代遅れであること

白血病やリンパ腫の分類については多くの指摘があった。

具体的意見の代表例：

意見① C81-C85リンパ組織の悪性新生物は、ホジキンと非ホジキンに分類されているが、もは

や時代遅れであるので、新分類を必要とする。

意見②例えば、胃原発悪性リンパ腫と大細胞型びまん性リンパ腫は1つの同じ病気の2つの表現ですが、「組織型」が問題になるのは、悪性腫瘍のことが多いので、部位別のコード、全身疾患からその疾患単位のコードをメインにして細胞型があれば、それに付随した分類番号を付加する。例えば、悪性リンパ腫、びまん性大細胞型なら、C859-833というような表現が出来ないものでしょうか。

意見③ C81-C96 造血器腫瘍はWHO分類が標準となっています。ICD10の悪性リンパ腫の分類は古すぎます。

意見④そもそも診療に余り用いていないため、ICD-10自体に関して十分な知識を有していない。私の専門領域の悪性リンパ腫の分類を取り上げると、非ホジキンリンパ腫の分類は診療に有用ではない。

意見⑤悪性リンパ腫はWHO分類へ白血病はFAB分類へ準拠して頂きたい。

(4)表現(病名)が時代遅れであること

糖尿病についての指摘が多い。

具体的意見の代表例：

意見①例えば糖尿病をとっても、すでに使用されるべきでないインスリン(非)依存性という分類が残っている事など。

意見②糖尿病に関してですが、教科書に載っているような分類と異なっている(病型の分類が新しくなっていない。糖尿病では1型/2型ではなくインスリン依存型、非依存型となっており2型糖尿病でインスリン使用をしている患者はどちらにすればいいのか迷う)。

意見③糖尿病一つをとっても2型糖尿病、インスリン非依存、それぞれ名称でコードがことなる。学会の進歩に伴っていない。

(5)脳血管障害における医学用語の差異について

脳出血やくも膜下出血の定義に問題があるとの指摘が複数の専門家から寄せられた。

具体的意見の代表例：

意見① I61脳内出血 の分類の基礎となっている「皮質下」「皮質」の定義が、臨床的病名と差異がある。ICDでは、「皮質下」とは、大脳基底核等の深部脳内出血を、「皮質」とは、脳葉出血を指すが、臨床医は「皮質下=白質」、「皮質=灰白質」と考えるのが一般的である。

意見②以下に脳血管疾患の分類を中心にした意見を述べさせていただきます。例えば、『I60：くも膜下出血』では、脳動静脈奇形の出血が『I60.8のその他のくも膜下出血』に分類されますが、脳動静脈奇形の出血はくも膜下出血よりも脳内出血の方がはるかに多く、脳内出血については部位分類が必要となります。また、未破裂であっても、てんかんや脳虚血等の症候で発症した場合には、脳血管疾患分類のI60～I69では対応出来ないなど、現行の脳動静脈奇形の分類体系には矛盾あるいは不十分な点が見られます。

『I61：脳内出血』の分類は部位別分類に特化していますが、『I60.0：大脳半球の脳内出血、皮質下』の皮質下出血は基底核、視床を表していますが、臨床で用いら

れている脳内出血の分類での皮質下出血は脳の皮質下白質に首座を有する出血で、『I 6 0 . 1 : 大脳半球の脳内出血、皮質』に相当し、用語の使用に臨床との乖離がみられます。

(6) 新生物の問題点

食道の悪性新生物における二種類の分類への異議が複数あった。(下記代表例の①②) 脳腫瘍における良性、悪性の分類法に対する問題点等についても指摘があった。(同③④) 膀胱腫瘍の部位別分類は無意味との提言も見られた。(同⑤⑥) さらに、耳鼻科領域の新生物分類に対する問題点も指摘された。(同⑦) 扁桃=中咽頭側壁なので、「扁桃の悪性新生物」と「中咽頭の悪性新生物」とが別なのは誤りであり、梨状陥凹は下咽頭の一部であるので、「梨状陥凹の悪性新生物」と「下咽頭の悪性新生物」とが別なのもまた誤りであるという耳鼻科医の意見は正しい。具体的意見の代表例：

意見①食道の悪性新生物C15について、「解剖学的記述による細分類」と「区分による細分類」はどちらかが選択できるとありますが、同一部位でコードが複数存在するのは、やはり矛盾があると思います。細分類コードはどちらかに統一されていたほうが、使いやすいと思います。

意見② C15食道の悪性新生物で、C10.5頸部、C15.1胸部、C15.2腹部の分類とC15.3上部、C15.4中部、C15.4下部とがあり、部位の選択方法が重複している。

意見③脳腫瘍については、腫瘍の部位。又良性か悪性という分類で、臨床一般の分類とは全く異なる。

意見④各臓器別の分類体系でなく傷病別の分類体系となっているため適切な分類に到達できないこともありうる。・脳腫瘍は部位別に分類されており、詳細な病理学的組織分類が反映されていない。

意見⑤膀胱腫瘍(癌)の部位別分類は臨床的に意味がないと思う。それよりも、単発か多発か。表在性か浸潤性かの方が、医療経済的にも重要と思う。又、TUR以外の治療の有無なども重要。

意見⑥膀胱の悪性腫瘍(C67)の場合発生部位を細かくわかる必要はない。

多部位発生が多く、がん病名に細かい記載する訳がない。腸管のように明らかな部位が判別できない。

意見⑦扁桃の悪性新生物”と“中咽頭の悪性新生物”が別になっている。

“梨状陥凹”C12と“下咽頭”C13も別になっている。“悪性新生物C”と上皮内癌Dが別になっている。

(7) 分類の粒度の問題

耳鼻科領域の良性腫瘍の部位が粗すぎる(下記代表例の①)、糖尿病の4桁分類の意味づけ(同②)などの指摘があった。

具体的意見の代表例：

意見①良性の腫瘍は臨床的には扱うことの多い疾患ですが、例えば、唾液腺腫瘍はD11.0(耳下腺)、D11.7(その他の大唾液腺)と、とても粗い分類になっています。さ

らに、D14.0（中耳、鼻腔及び副鼻腔）と耳と鼻、副鼻腔が全部一つの分類になってしまいます。

意見②4桁目の使い方について、糖尿病のみ別という印象を受ける。

1-2：分類レベルに不整合があるか

(1)疾患によって部位分類の細かさが違う問題

具体的意見の代表例：

意見①粗いコード：D10-D36の良性新生物の分類

意見②良性新生物がおおざっぱすぎる。血管腫や脂肪腫のみ何故全ての部位なのか。

意見③ J01、J32（急性及び慢性の副鼻腔炎）については部位別に細かく分けられています。しかし、副鼻腔ののう胞についてはJ34.1（副鼻腔ののう胞または粘液ののう胞）の1つで部位分類はありません。

意見④感染症については一般に分類が細かい。

意見⑤肺炎の分類は細かい

(2)4桁目の問題

4桁目や部位の表現に統一性がないとの意見が多くみられた。

具体的意見の代表例：

意見①ヘルニア（鼠径ヘルニア、臍ヘルニア）の細分類で、最も多い閉塞や血行障害などのないタイプが9コードのその他に入ってしまう点はおかしいと思います。特に鼠径ヘルニアで、両側は末尾が2（K40.2）になるのに、通常の片側は末尾が9（K40.9）になるのは違和感を感じます。

意見②部位分類で別々の表現となるものを同列に示している場合がある（悪性食道新生物でC150-152とC153-155はどちらも部位だが用語の定義が異なるだけでどちらかで十分、胃でも縦軸の部位分類と横軸の部位分類が並べられているなど）また、実際の医療に即した場合には細かすぎて分類できない場合もある。

意見③ N11慢性間質性腎炎、N17急性腎不全、N18慢性腎不全の4桁目分類が粗すぎ腎生検や臨床所見により診断できた病名を、「その他」や「詳細不明」にしか入れられないのはおかしい。例えば、特発性慢性間質性腎炎、腎前性急性腎不全、びまん性糸球体腎炎による（末期ではない）慢性腎不全など。

意見④細かいコード 例1：K40-K46のヘルニア 例2：K80胆石症、K81胆嚢炎など多数。

意見⑤ A15、16の結核の分類がこまかすぎる。PCRにも対応すべき。

意見⑥膠原病などは分類が粗い。ベーチェット病は神経ベーチェットも腸管ベーチェットも同じコード。

意見⑦脳および脊髄の海綿状血管腫は脳神経外科では重要疾患であるが、D18.0 haemangioma 血管腫 のみで、あまりにも粗い分類である。

意見⑧その他の区分がわからない。婦人科疾患がわかりにくい。

意見⑨K35.9急性慢性等、詳細不明：通常の虫垂炎がすべて詳細不明に入る。穿孔、膿瘍を

ともなわない虫垂炎の項目をつくるべきでは。

(3) 合併症の表記の問題

糖尿病で合併症をどう表現するかの問題提起が多い。

具体的意見の代表例：

意見①分類レベルの粗さのせいで、その他の項目を選択したことが過去に多々ある。糖尿病の合併症で、網膜症と腎症はあるが神経障害はない場合、正確に反映できない。

意見②糖尿病で合併の多い時の対処法。多発性でいいか、一つ一つか、も迷う。

意見③糖尿病では合併症の重症度分類が基本であるが、その記載がなく合併症のあるなしの一括の病名となる。

意見④糖尿病等は内科担当医であればコードの分類に精通しているが、合併症を扱う他科では分類が大変である。糖尿病を合併する消化器疾患を扱う外科の場合は、主病名の他に糖尿病の細かい分類を入力するのはかなり手間がかかる。

(4) 循環器疾患の分類が古くて粗い、という問題

心疾患に関しては、分類の粗さ、細かさのみではなく、この分野の進歩に分類が著しく立ち遅れているという指摘が目立つ。

具体的意見の代表例：

意見①たとえば、狭心症I20：不安定狭心症、攣縮性狭心症、その他の型の狭心症、詳細不明の狭心症に分類されているが、その他の型の狭心症を労さ性狭心症、攣縮性と労作性の合併狭心症にわけたほうがよい。心不全I50.：うっ血性心不全、左室不全、心不全詳細不明としているが、解剖的に分類するのであれば右室不全、左室不全、両室不全とすべきである。動脈瘤I71.0：大動脈瘤の解離がありますが、臨床的には解離の部位が大切ですが分類が大まか過ぎる。発作性頻拍I47の分類で、I47.1リエントリー性心室性不整脈とI47.2心室性頻拍の分類が重複する部位がある。解剖的分類と機序的分類が交錯している。たとえばI47.0発作性心室性頻拍（リエントリー性）、I47.1発作性上室性頻拍（リエントリー性）房室結節性、I47.2発作性上室性頻拍（リエントリー性）房室回帰性、I47.3発作性上室性頻拍（リエントリー性）心房性、I47.4心室性頻拍（非リエントリー性）I47.5発作性上室性頻拍（非リエントリー性）房室結節性、I47.6発作性上室性頻拍（非リエントリー性）心房性、I47.7発作性上室性頻拍（非リエントリー性）その他、I47.8発作性上室性頻拍 詳細不明、I47.9発作性心室性頻拍 詳細不明とすると明確となる。I48心房細動、心房粗動もより細分類すべきである。I49その他の不整脈もより分類を明確化すべきである。最近の特発性心室細動などを分類項目として入れるべきである。

意見②狭心症症候群（I209）等、医学的に根拠がないと思われる病名が存在する。

意見③心不全：急性、慢性の区別ができない。

意見④痔核や門脈系疾患が循環器疾患に分類されている。循環器内科医や外科医がこれらの疾患を扱うはずもなく、臨床から乖離した分類となっている。できるだけ臨床に即した分類となるのが使いやすい。

循環器系に分類される脳血管障害（脳卒中）についても、下記の問題点がある。

意見⑤例えば脳梗塞では臨床と合わない。ラクナ梗塞がない。実質内外は臨床上分類不可。登録できない病名がある。

意見⑥脳梗塞の分類では、ラクナ梗塞の取り扱いを明確に規定するルールが必要です。

意見⑦神経学領域ではコーディングが粗すぎて使用できないので、ICD-NAを用いている。

意見⑧脳動静脈奇形は、破裂の場合には『I 6 0 . 8 : その他のくも膜下出血』、未破裂の場合には『Q 2 8 . 2 』に分類されますが、近縁疾患である硬膜動静脈瘻（奇形）は、破裂の場合には『I 6 0 . 8 : その他のくも膜下出血』、未破裂の場合は『I 6 7 : その他の脳血管疾患』の中の『I 6 7 . 1 : 脳動脈瘤、非<未>破裂性』に分類されます。これでは、分類体系の合理性を欠いています。『I 6 7 : その他の脳血管疾患』の中の『I 6 7 . 5 : もやもや病』は脳虚血と脳出血で発症しますので、これに対応する細分類が必要です。

意見⑨症例数の多い脳出血では被殻出血、視床出血が脳深部の出血としてひとまとめにされている。被殻出血、視床出血では手術適応、手術方法も異なり、それが同じ分類というのは不都合である。

意見⑩脳血管障害（その他）：系統的な分類でない。例）くも膜下出血後遺症→「くも膜下出血」のカテゴリーに分類した方が分かり易い。脳梗塞：治療上、「脳血栓」「脳梗塞」は異なるが、これが分類されていない。

1-3：コード数は十分か。

絶対数を増やさないと対応できそうもない領域（循環器、腫瘍、感染症など）と、もう少し整理して数を減らしても良さそうな領域が混然としているという印象が医師の意見から得られる。

「いいえ」の意見は①～⑤、「はい」の意見は⑥～⑧である。

具体的意見の代表例：

意見①ALTE（乳児危急事態）やSARSなどの新興感染症や新しい概念も追加する必要がある。

意見②新しい疾患、特に日本人特有のものについては足りない。（例 新生児TSS様発進症（NETED））

意見③脳血管疾患では、ICD-NAで不十分な細分類コードを追加すべきである。

意見④脳神経外科領域では分類が粗いので、さらに細かい分類が必要である。新生物の分類を除けば、現状のICD-10の延長線上にあるICD-NAを改良して再構成することが可能である。

意見⑤臨床的分類にあたり不足する事が多々ある。

意見⑥国際疾病分類の歴史とその経緯から少なくとも基本分類を尊重し、細分化は慎重に行うべきである。

意見⑦あまり詳細になりすぎても不便（現実的でよい）。いまの1.4万ぐらいが限度か。

意見⑧再構成すれば十分足りるはず。

2. ICD-10コーディング上の問題について

2-1: コーディングルール適合性または標準化に問題があるか。

改善すべきという意見の中では、アップデートされていないために分類に困る、とか、疾病名が観点の異なる立場からの分類となっているために整理されていない、とか、疾病群について粒度の差が激しくて偏りがある、などの指摘が見られた。

具体的意見の代表例:

意見①臨床家がルール作成にあまりかかわっていないからではないでしょうか。

意見②分類の方法(部位、組織型、・・・)や粒度が疾患により異なり、本来疾患の重症度などを表現したくてもそのような用語は.9にまとめられてしまっているなど。医学的に必ずしも類似した病態の集合にはなっていない。

意見③解釈の違いで分類が変わる場合がある

意見④やはり成因、病態、合併症が混在しているところではないでしょうか。またRコードの扱いが疑問です。

意見⑤「その他詳細不明」、「その他の明示された」に該当する病名が多いように思われた。

2-2: DPC適用との不整合があるか。

この設問に対して、「コードの選択に困ることや疑問に思うことがある」と回答した者は70%にのぼり、その内容は、現在我が国の急性期治療病院で実施しているDPCとの関連で、ICDとの整合性が得られない不満と戸惑いを示すものが多かった。

具体的意見の代表例:

意見①単一のコードでは表現できない場合には複数コードを選ぶことになるが、DPCで用いるコードをどちらのコードで選択すべきか医学的にも判断しにくい場合がある。ICDコーディングが重症度や治療方針に影響しない分類である場合、DPC選択では細かいコードは実際には活用できず、3桁目以降でDPCコードを制御できている場合は少ないのではないのでしょうか。たとえばC16の胃がんの場合、部位で3桁制御しているが、これはDPCという面からみれば、重症度やステージに即したもののほうが詳細な治療法に即した分類が可能になると思われる。しかし部位分類の3桁目は活用されないので、C16.XはDPC選択の上では区別されない。

意見②DPC分類がICDとずれていたり、また腫瘍分類、TMNに無理があったりしている。

意見③DPCは基本的に支払いに関連した項目である。病名も同じようなコーディングから選択して、入院期間とあわせて点数が高くなるように病名選択を行わざるをえない。

意見④厚労省病名コードによる病名とICD-10コードの病名が、なぜ両者が一致するのかこちらの理解に苦しむことがある。DPCコーディングソフトは前者で病名を選択するが、最終的にはICD10に変換されるが、変換テーブルの思考過程が、ユーザーに不明な部分がある。

意見⑤ウィルス腸炎(あるいは細菌性腸炎)はICD10ではA08.4(ウィルス腸炎)に分類されるが、DPCにおいては疾患対象者が大人、子供のくべつなくMDC15小

児疾患に属することについて疑問に思います。

2-3：日本語訳について不備があるか。

45件の具体的意見が寄せられた。それぞれ専門の立場から訳語に不適切な面があることを指摘している。特に疾患概念が学問的（各学会で決めた）用語と不一致なために混乱していることが指摘されている。これに関する意見が10件認められた。また、unspecified の訳に関して、「詳細不明」の訳は不適切で「特定不能」とすべきであるとの意見が2件あった。

具体的意見の代表例：

意見①諸学会で作成されている医学用語集の字句と、差異があるようです。医学教科書として用いられている成書の用語とも、差異があるようです。

意見②全てを英語、日本語の併記にすべき

意見③中心小葉性肺気腫 → 小葉中心性肺気腫、乳び（胸膜）滲出 → 乳び胸

意見④strokeの日本語訳は、脳血管発作よりも脳卒中の方が良いと思われます。

意見⑤panic disorder－恐慌発作（「パニック障害」でよいのでは。発作ならattackでしょう。）

意見⑥たとえば 右脚分枝ブロック とあるのは完全右脚ブロックのことであろう。等のようにときどき実際の訳と異なることがある。

意見⑦国内の学会で標準に用いられている用語訳になっていない。肝のう腫（肝のう胞）、脾のう腫（脾のう胞）

意見⑧unspecified=詳細不明、と訳されているが不適當。「不特定」「特定不能」とすべきである。I63, I65でのprecerebral artery=脳実質外動脈は実態を表さず不適當。「頭蓋内・頭蓋外主幹動脈」または「頭蓋内外主幹動脈」とすべきである。

3. ICD-10 実務使用上の問題点について

3-1：臨床病名とコードの不一致があるか。

主として、一般の（ICDに精通していない）医師のコメントである点を考慮すると、コーディングの目的、性格そのものに熟知していないことによるコメントが散見されるのはやむをえない。その上で、全体をまとめると以下の点に集約される。

1) 個々の事例に関するコーディングが見あたらない、わからない。

→ コーディングに慣れていない。

2) ICD分類と日常の臨床病名との乖離についての不満

→ そもそも国際分類であるのである程度やむを得ない。

3) ICD分類自体の不備についての不満、特にアップデートされていない点。

→ 毎年改訂ではない。かなりタイムラグがある。

4) 一般医として、そもそも初めから正確なコーディングする努力を放棄している（診療情報管理士まかせ、むしろ診療情報管理士の医学的知識向上を要求）。

5) その派生事実として、「.9」（詳細不明）が非常に多い（原因が明らかでも）。

→ 結果として、疾病統計が不備になる。

具体的意見の代表例：

意見①臨床上組織名が重要なものがある。組織型による分類は別個に存在するが胃癌（Well differentiated adenocarcinoma）と一緒にまとめることもあるので組織型も組み込んだ考え方ができればと思う。

意見②脳梗塞のうち重要な位置を占める、Lacunar infarctionラクナ梗塞は、明確な責任血管が不明なことが多いことから、I 63.8その他の脳梗塞、に分類されることがほとんどと考えられるが、本来は妥当なコードが必要である。上記と同じ理由で、脳幹梗塞、小脳梗塞についても脳出血の分類のように、部位による分類コードがあると便利である。

意見③新しい概念 多系統萎縮症 が成立しているが、妥当なコードが見つからない。日本独特なもの、あるいは新しい疾患名などを入れ込める仕組みが必要。

意見④大腿骨欠損症，下腿湾曲症，胎児心奇形、ラクナ梗塞、無症候性脳梗塞などのコード化困難な病名が多々存在する。

意見⑤特発性慢性間質性腎炎、腎前性急性腎不全、びまん性メサンギウム増殖性糸球体腎炎（IgA腎症）による（末期ではない）慢性腎不全、腎硬化症、透析アミロイドーシスなど。腎生検や臨床所見により確定診断できた病名を、「その他」や「詳細不明」にしか入れられないのでは診断名標準化の意味がない。

意見⑥びまん性軸索損傷〔diffuse axonal injury〕。頭部外傷の根幹をなす病態で、約20年前に概念が明らかになった。日常使用しているが、これに相当する疾患がない。

意見⑦ Atypical meningioma 異型髄膜腫は臨床的には悪性で予後不良だが、ICDでの分類は難しい。

3-2：新疾患概念のコード化が容易にできるか。（いいえ の場合が問題あり）

ICDが国際分類であることを判っていない意見が散見され、学会レベルで云々という意見も一部見られた。個々の分類、例えば、白血病や新生物などの分類は、ICDは発展途上国の状況も加味しているので、細分類されていないと思われる。

具体的意見の代表例：

意見①プリオン病（ウイルス感染に分類されている）再生治療の分類など

意見②全く新しい疾患はその他に行ってしまうと思われます。

意見③基本的に「詳細不明」とされる枝番の中に入ってしまう。

意見④神経内科的には、脊髄小脳変性症の一つであるオリブ橋小脳萎縮症（OPCA）と、錐体外路症状を示す線条体黒質変性症（SND）と、自律神経失調を示すシャイドレーガー症候群（SDS）の三つの変性疾患は最終的に同じ病態を呈するため多系統萎縮症（MSA）として統合した概念になったはずであるが、上記のOPCAはG11にSNDはG 2 3に独立して存在し、SDSはMSAとしてG 9 0に登録されている。このようなことは恐らく他の分野でも存在するのだろうと想像している。

意見⑤空き番がない（場所的に新しく作れない）→無病Z 0. 0 0に？・専門的な研究用には

I C D - 1 0 の 4 桁 + 2 桁等のサブコードを勝手につけて利用していた。

意見⑥既設のコード付番は可能か否か。勝手に付番してはならないと痛感しており現状は担当医に類似（近似）病名での入力をしてもらっています。

3 - 3 : 索引表（第3巻）の検索はわかりやすいか。

医師のコメントのあるもの63件。索引表の使い勝手に関する質問に対し：索引表を用いていないと思われるもの42件。そのうちPC、WEB、ソフトウェアで検索しているもの20件。「病名くん」の名を挙げたもの5件であった。索引表については、使い勝手がよいという意見は皆無であった。

具体的意見の代表例：

意見①極めて使いづらい。疾患名を引けば、必ず「病態」を指示され、その後延々と次のキーワードを探していかなければならない。単純に、あいうえお順の方が余程使いやすい。現実にはほとんどの利用者は索引表を使用していないのではないか。

意見②考えつかないような項目に行きつくことがある

意見③われわれ医師の場合は原文（英語版）の索引を使用することが多く便利である。世界共通という国際性を考えると、今後は日本語版と原文とのハイパーリンクが必要である。

意見④PCが一般的に用いられ、医師はPC端末から入力するので、数種のキーワードを組合せて検索できるシステムが便利と考えます。インターネットの検索システムのように、多方向から検索が可能なものを希望します。（解剖、成因、病理・・・など）

意見⑤現在の方法だとコード検索を行うにあたって、長期のトレーニングや経験を要する。PCを利用して検索できるようにしやすいように樹状の分類体系を考えるべきか。

意見⑥今や、厚生労働省のホームページに検索機能をつけたり、電子カルテ上で検索したり効率化を図られたい。

意見⑦「～を参照」が多いことがありわかりにくい。ひとつのコードを探すのに索引表を行ったり来たりすることがある。

3 - 4 : コーディングの疑問が解決できないことがあるか。

その時の方法としては以下の通りであった。診療情報管理士（他施設を含む）と相談：16名、最も近いものを選択：20名、厚生労働省に相談：3名、メーリングリストに投げかけた：2名、詳しい同僚（医師など）と相談：1名、インターネットで検索：1名。

具体的意見の代表例：

意見①他の詳しいものに聞く（診療情報管理士→医師、医師→詳しい同僚医師など）。

疑問解決の中央機関としての、I C D 回答センターの設置を考慮しては？

意見②当院の診療情報管理士と相談するがわからないことも多い。インターネット上に問題点を相談する、あるいは問題点や解答情報を発信するサイトがあればと思います。

意見③厚生労働省統計情報部に問い合わせた。

意見④医学教科書、成書で検索したり、診療情報管理士に相談をしますが、解決しない場合は、

希望臨床病名に近いコードで妥協しています。

意見⑤最も近いものを無理をして当てはめる。

意見⑥メーリングリストの利用（お世話になります）

4. ICD-10コーディングの教育上の問題点について

4-1：医師にICD教育を行うべきか。

この設問に対する回答は、必然的に、肯定的な意見が70%を越え、多くの医師が賛成した。ただしその内容に関しては、以下の如く様々な意見があり、20%に慎重論がみられた。

具体的意見の代表例：

意見①医学教科書自体の用語が標準化されていないことも問題の一因であるが、疾病統計や分析、DPCの理解のためにもICDは必要な教育であり、本来は教科書の標記の標準化もあわせて重要な課題である。

意見②臨床の教育の中に入れば病名で混乱は必至。病名を標準化する必要性があり、現在ICDがその役割を担っている。問題も多いが標準化は必要という形で主に標準化に必要性を教育することでよいと思います。

意見③どのような教育方法をとるかにもよるでしょうが、ICDの必要性（意義）が確立していない状況では、不人気の講義になるでしょう。ICDは「統計のため」にあるだけのようにも感じられます。その他の意義はあるのでしょうか？

意見④ICD-10の基本概念、目的について教えてあげたほうがよいと思いますが、ただし、医師の診療方法、診断決定プロセスからの検索が容易になってからが良いと考えます。（現行の辞書方式では、診断技術的に未熟な医学生の皆さんには混乱を招くだけなので。）

意見⑤「国策」として教育すべきである。各種学会との連絡を密にすべきであると思う。WHOレベルでつながっていても、下部（日本）レベルの連絡が少ないため標準化しにくいのではないか。

意見⑥医学教育にぜひ入れるべきである。若い時に記憶すべき。医学統計をとることが、自分の医療の実力向上、国民の健康増進に寄与する。

意見⑦ICDという言葉自体知らない医師がいるのも現実であり、大学教育の中で基本概念を習得させ、臨床研修以降において実地的に使用させることでICDによる疾患分類を行い、多くの医師が使用することにより、ICDそのものも進化を遂げていくと考える。

D. 考察

1. ICD-10の構造的問題について

医師の約三分の二が分類体系に矛盾点を、分類レベルに不整合を感じているが、コード数に関しては医師の半数は充分であるとの意見であった。

消化器系感染症の多くはA、Bに、呼吸器感染症の多くはJに含まれる等、基礎疾患としての分類と臓器別分類との問題、病理組織別と臓器部位別との分類への違和感は、分類体系の矛盾点と